

COLUMBIA COMMUNITY MENTAL HEALTH
AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

SECCIÓN A: El nombre de la persona, o clase de personas, que puede autorizar el uso o la divulgación que se solicita:

Yo, _____, fecha de nac.: _____, o mi representante autorizado, autorizo a Columbia Community Mental Health a divulgar mi información de salud protegida como se describe en la Sección B a continuación. Entiendo que:

1. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se verán condicionados por mi autorización para este uso o divulgación.
2. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

SECCIÓN B: Entidad autorizada a recibir o usar la información de salud protegida de la persona:

Nombre o describa específicamente a la persona u organización a la que nos autoriza a hacer divulgaciones o que puede usar la información de salud protegida que se describe a continuación:

Nombre de la entidad: _____

Dirección de la entidad: _____ Teléfono de la entidad: _____

☐ Marque esta casilla si autoriza que esta entidad divulgue la información seleccionada a continuación a Columbia Community Mental Health:

SECCIÓN C: Información de salud protegida a usar o divulgar:

Describa de forma específica y significativa el tipo de información de salud protegida que nos autoriza a usar o divulgar.

- ☐ Información relacionada con los registros de salud mental
- ☐ Información relacionada con los registros de trastorno por consumo de sustancias
- ☐ Información relacionada con registros de VIH, SIDA, hepatitis B o hepatitis C
- ☐ Información relacionada con los registros de discapacidad intelectual/del desarrollo

SECCIÓN D: Finalidad del uso o la divulgación:

Describa el motivo del uso o la divulgación de esta información. Si desea indicar un límite para la información compartida, describa ese límite en la sección de finalidad del uso o la divulgación. Ejemplo: Limitar la divulgación a tratar temas de programación y citas únicamente.

La afirmación "a solicitud de la persona" es una descripción suficiente de la finalidad cuando inicia la autorización y no proporciona una declaración con respecto a la finalidad o elige no hacerlo.

SECCIÓN E: Firma:

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y analizar el contenido de esta autorización y confirmo que coincide con la indicación que le he dado. Entiendo que, al firmar este formulario, confirmo mi autorización para el uso o la divulgación de la información de salud protegida que se describe en este formulario a las personas u organizaciones nombradas anteriormente.

Firma: _____

Fecha: _____

Si un representante personal firma esta autorización en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con la persona: _____

Descripción de la autoridad para actuar en nombre de la persona: _____

SECCIÓN F: Prohibición de divulgación posterior:

Esta autorización está destinada al uso o la divulgación de la información de salud que incluye servicios de salud mental.

AVISO PARA PROHIBIR LA DIVULGACIÓN POSTERIOR DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Tiene prohibido hacer más divulgaciones de esta información, salvo que esté expresamente permitido en el consentimiento por escrito de la persona o que su representante personal autorice su uso o divulgación. (ORS 179.505(14))

Esta autorización está destinada a la divulgación de la información de salud que incluye el tratamiento por consumo de alcohol o drogas.

AVISO PARA PROHIBIR LA DIVULGACIÓN POSTERIOR DE LA INFORMACIÓN RELATIVA AL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS

Este aviso acompaña una divulgación de información relativa a un cliente que recibe tratamiento por consumo de alcohol/drogas, realizada a usted con el consentimiento de dicho cliente. Se le compartió esta información de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales). Las normas federales prohíben que vuelva a divulgar esta información, salvo que esto esté expresamente permitido en el consentimiento por escrito de la persona a quien corresponde o permitido de otro modo por la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para esta finalidad. Las normas federales restringen el uso de la información para las investigaciones o el procesamiento penales de un paciente que consuma alcohol o drogas.

SECCIÓN G: Vencimiento y revocación:

Esta autorización vence en la siguiente fecha:

☐ Día ____ / ____ / ____

*Si no se indica fecha de vencimiento, esta autorización vencerá 3 años a partir de la fecha de la firma.

Derecho a revocar: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al proporcionar un aviso por escrito de mi revocación a la oficina de contacto indicada a continuación. Entiendo que la revocación de esta autorización *no* afectará ninguna medida que haya tomado para cumplir esta autorización antes de haber recibido mi aviso por escrito de la revocación.

Oficina de contacto: Historias Clínicas

Teléfono: (503) 438-2166

Fax: 503-397-5373

Correo electrónico: medicalrecords@ccmh1.com

Dirección: 58646 McNulty Way, St. Helens, OR 97051